

**Ffurflen Canslo Debyd Uniongyrchol Hamdden
Leisure Direct Debit Cancellation Form**

FIN/02.1

Enw Llawn / Full Name: _____

Rhif Aelodaeth / Membership Number: GN _____

I sylw Gweinyddwr DU,

Yn berthnasol i'r cais ysgrifenedig hon yn unol â chytundeb amodau a thelerau, rhoddaf un mis o rybudd i ganslo fy nghanysgrifiad debyd uniongyrchol am bas iechyd Gwynedd.

Gwnaf ganslo'r gorchymyn debyd uniongyrchol gyda fy manc.

FTAO DD Administrator,

In regards to this written request, and in accordance with the terms and conditions, I give one months notice to cancel my direct debit subscription for the Gwynedd Health pass.

I will cancel the direct debit mandate with my bank.

Arwyddo / Sign: _____

Dyddiad / Date: _____

RHESWM AM GANSLO / REASON FOR CANCELLING